**PRAKTIJK MARIKEN DE VRIES**

**BEHANDELOVEREENKOMST KIND (0 – 12 JAAR)**

Ondergetekenden therapeut Mariken de Vries en ouders verklaren hierbij te zijn overeengekomen dat de therapeut het hieronder genoemde kind mag behandelen met Cranio Sacraal therapie.

De behandelovereenkomst wordt door de therapeut én beide ouders, als zij beide het ouderlijk gezag hebben, ondertekend en brengt voor alle partijen rechten en verplichtingen met zich mee, waarop zij aangesproken kunnen worden.

Met de ondertekening van deze overeenkomst verklaren ondergetekenden kennis te hebben genomen van en in te stemmen met de bepalingen\*) waaronder de uitvoering van de behandeling zal plaatsvinden.

**Naam kind:**

Naam :

Adres :

Postcode en plaats :

Geboortedatum :

Datum en plaatst:

Naam moeder/voogd: Naam vader/voogd

Adres: Adres:

Postcode en plaatst: Postcode en plaatst:

Telefoonnummer: Telefoonnummer:

Handtekening moeder/voogd Handtekening vader/voogd

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Naam & handtekening therapeut: Mariken de Vries

PraktijkMarikendeVries voor Cranio Sacraal Therapie

Reimslaan167

[www.praktijkmarikendevries.nl](http://www.praktijkmarikendevries.nl)

Telefoon: 06 55 83 84 22

Email: [info@praktijkmarikendevries.nl](mailto:info@praktijkmarikendevries.nl)

\*) De bepalingen zijn: de HUISHOUDELIJKE REGELS & PRIVACY (waaronder mijn geheimhoudingplicht) en de klachtenprocedure zoals opgenomen op mijn website.